



TITLE:

<研究論文>病いの研究をめぐる理論的考察と提言：新たな研究アプローチの模索

AUTHOR(S):

荘島 (湧井), 幸子

CITATION:

荘島 (湧井), 幸子. <研究論文>病いの研究をめぐる理論的考察と提言：新たな研究アプローチの模索. 教育方法の探究 2006, 9: 57-64

ISSUE DATE:

2006-03-31

URL:

<https://doi.org/10.14989/190320>

RIGHT:

病いの研究をめぐる理論的考察と提言

——新たな研究アプローチの模索——

庄 島(湧井) 幸子

1. はじめに

近年の医療技術の発展と生活習慣の変化、及びそれに伴う社会の枠組(例えば、法律や診断)の変化は疾病構造を変化させ、慢性疾患や精神疾患を生み出している(鈴木, 2005; 楠永・山崎, 2002)。鈴木(2005)は「病むということは通常の社会関係からの一時的な離脱ではなく、社会生活の恒常的な一部分となる」(p.1091)と述べるが、被援助者が受動的な存在から主体的な存在へと立ち位置を変え、生涯にわたって病いを抱えながら社会に参入する時代が到来している。そして慢性状況におけるケアの焦点は治癒にあるのではなく、病気と共に生きることにある(黒江・藤沢・普照, 2004)。

このような時代的流れの中で、社会学・文化人類学・心理学の領域において慢性疾患・精神疾患をもつ人々を対象とした研究が近年増大しつつある。本稿では、先立ってこれらの研究が成立してきた背景について疾患と病いという概念から概観する。次に、現在の主要な研究アプローチ—インサイダーパースペクティブ—について検討する。社会学と心理学をまたいで展開しつつある質的アプローチ、なかでもナラティブアプローチに着目し、病いの研究との関連を論じる。そして、ナラティブアプローチに伴う問題点を指摘し、最後にそれを克服するアプローチ—縦断的アプローチと羅生門的アプローチ—を提唱することを目的とする。適宜、湧井(2006a, 2006b)を参照しながら、論を展開していく。

2. 病いの研究の成立背景—疾患から病いへ

医療人類学者の Kleinman(1996)は、病気の分析概念を①疾患(disease)、②病い(illness)、③病気(sickness)の3つに分けている。①疾患とは、医療従事者により生物学的に解釈され定義づけられたものであり、②病い

は、病む人や家族を中心に知覚された心理的、社会的な経験と意味づけを含むもの、そして③病気は、マクロな制度(政治・経済・マスメディア)のなかで位置づけられるものである。医療社会学者の Conrad(1987)も、同様に疾患と病いを区別している。Conrad(1987)によれば、疾患とは「望まない生理学的プロセスや状態(undesirable physiological process or state)」であり、病いとは「想定される生理学的な問題を伴った社会的、かつ心理学的な現象(the social and psychological phenomena that accompany these putative physiological problem)」であるとしている。

Kleinman(1997)や Conrad(1987)が、病いというものについてその生理学的で疾患的な側面よりも、疾患的側面に付随する社会的、経験的、実存的な側面を強調したことは、それまでの医療中心の病気観を転換した点で意義深い。Conrad(1987)の言葉を借りるならば、病いと疾患を区別することによって、“patient(患者)”から“sufferer(苦しんでいる人、患っている人; 以下、便宜上「病む者」と呼ぶ)”へという認識の転換がある。病いという概念は、疾患そのものではなく、病気と共に在る人間を浮き彫りにする。従来の疾患(disease)の枠組みでは、病いと共に生きる経験や人間像を掘り取ることができなかったため、病い(illness)という別の新たな概念的枠組みが必要とされたのである。病いの概念において、病いは身体的苦痛を感じることや症状を認知すること、アイデンティティへの問いかけや自己の再構成、再統合することなど、個人的な体験と社会・文化的なコンテキストの重なりの中に存在している(Kleinman & Seeman, 2000; McElroy & Jezewski, 2000)。

このような認識の転換は、従来の研究アプローチに個人の経験の主観的側面の理解に重点を移行するとい

う変革をもたらした。それは、インサイダーパースペクティブ(Conrad, 1988)を備えた研究アプローチに言い表されるものである。

3. インサイダーパースペクティブ

ーナラティヴアプローチの台頭

これまで病いの研究は、医療社会学や医療人類学などの領域で盛んに研究され、病む者個人の主観的世界や意味づけを把握することが重視されてきた。なぜなら、病いを患う人の症状などに対する認識と医療従事者の認識とは一致しないとされており(Macleau, 1975)、病む者自身の経験を把握することが必要とされてきたからである(楠永・山崎, 2000)。これらの研究は、医療の臨床場面への適用が推奨されており(Clark & Mishler, 1992; Mead & Bower, 2000)、実践上の意義も認められている。

病気と共に在る人間像に迫るための研究アプローチとして、Conrad(1987)は病いの経験に対する2つの指向を見出している。2つの指向とは、アウトサイダーパースペクティブ(outsider perspective)とインサイダーパースペクティブ(insider perspective)である。

アウトサイダーパースペクティブとは、個人の経験の外から病いを見ることであり、病む者の主観的リアリティーを軽視するアプローチである。アウトサイダーアプローチを用いた研究は、医療社会学で発展し、「病者役割」(Parsons, 1975)や「病いの行動」(Mechanic, 1962)といった研究などがある。これらは、病いそのものや患者の行動を理解することには貢献したが、研究の関心の中心は医療の受け手にあり、病む者の病いの経験は軽んじられていた。

一方、インサイダーパースペクティブとは、病いとともに、あるいは病いにも関わらず生きているという個人の主観的体験に関心がある。病む者に焦点を当て、帰納的な手法で病いの経験を探っていく。冒頭で述べたように、1970年代に疾患、医学、医療社会学、障害観に変化が起きたことがインサイダーパースペクティブが隆盛した契機ではあるが、それは主に4つに分けられる。(1)伝染性急性疾患が減少し、西洋社会における重大問題として慢性疾患が増加したこと；慢性疾患は長期にわたって不確実性を持ち、医療費が高つくなど、問題が多様であること、完治しないこと、(2)医

学の実践の変化；患者全体を長期的に診る必要性あること、(3)医療社会学の指向の変化、(4)障害者運動；権利擁護、障害とともに生きることへの社会の関心を促す、障害者自らが「専門家」という意識の芽生え、の4つである。

また、インサイダーパースペクティブに立つことで、病む者個人に流れる時間軸が重要になる。なぜなら、疾患は身体に局在するように表象＝再現されるが、病いは人生に現前するものとして表象＝再現されるとして、その歴史性や時間性が強調されるからである(Good, 1998)。病いは、個人の生活史から切り離すことはできず、病いに関与する人々の人生の軌跡の原動力となる(Kleinman, 1996)。

社会学では、個人の人生の軌跡をみるために、病いとともに／にもかかわらず生きる日常生活をみるべきだとする(Conrad, 1987)。例えば、病いの軌跡(illness trajectory)で著名な Glaser & Strauss(1996)は、当初医療施設におけるスタッフと患者の相互作用に焦点を置いていたが、次第に日常生活に関心を持つに至っている。そこでは、病いの意味や、病む者の世界がいかに社会的に組織化されているか(social organization of sufferer's world)に関心がおかれ、病いの体験は達成されるべきワーク(work)という観点から概念化される。アウトサイダーパースペクティブにはない利点として、病む者には様々なワークがあることを示し(例えば、Strauss, 1988, Corbin & Strauss, 1993, 1985; Strauss, Fagerhaugh, Suczek & Wiener, 1982; Fagerhaugh & Strauss, 1977)、病いを持つ人の共通点と相違点を教えてくれる。また、病いと健康(the ill and the well)の関係を明らかにする点で、アウトサイダーアプローチによる研究とは異なった方向性を持つものである(Conrad, 1987)。

一方、心理学や精神医学などの領域における研究では、社会学において研究されてきた「病いの社会的組織化」という視点とは異なり、個人の内的葛藤(intrapsychic conflict)とその解決に焦点が当てられてきた。これは、個人を臨床的目標に向かわせようとする研究姿勢であり、時代を遡って心理学や精神医学の拠って立つ柱となっている。しかし、これらの研究では、研究者や治療者の立場から、「患者」が分析され、描写され、治療が行われることがほとんどであるため、「病む者」自身が自らの病いの体験に付与する意味、経験

が軽視される結果となった。しかし近年、質的心理学(Flick, 1995)と呼ばれる研究アプローチが大きく展開するなかで、ようやく心理学においても経験や意味が重視されるようになってきている(能智, 2003)。心理学に限らず、質的アプローチの中心の位置を占めているライフストーリー研究や個人の語り・物語(narrative)を扱う研究とは、人が生きている経験を個人の語りから模索する学問でありナラティブアプローチといわれる(やまだ・森岡・新田, 2004)。さらに、やまだら(2004)は「ライフストーリー研究とは、単に特定の研究対象や研究技法をさす用語ではない。そこには、ナラティブターンといわれる新しい世界観や人間観、つまり〈ものの見方〉が含まれている。したがってナラティブ・セルブズのように、自己やアイデンティティ概念を根本的に変えつつある。また、世界や人々と交わる向かい方(身交い方)やアプローチのしかた、つまり『質』や『意味』を重視してすくいとっていこうとする〈方法論〉が含まれている」とも述べている。

病いと物語の関連でいえば、病いは物語(自己物語)のかたちで存在している(野口, 2002; Gergen, 1985, 1994)。病む者の語りから、病いの個人誌(Bury, 1991)や病いの語り(Frank, 2002)が分析され、語りの変容や再構築の過程に焦点付けされてきた(例えば、DasGupta & Charon, 2004)。

ナラティブアプローチの台頭によって、心理学や社会学における病いの経験に対するスタンスは、近年大きな重なり合いを見せはじめ、現在では「病いの概念は、症状や障害を、それを患う本人や家族、より広い範囲の人々の視点から捉えることを可能にし、病む者の病いの経験に光を当てる。病いの経験とは、病む人やその家族がどのように症状や障害を認識し、それとともに生活し、それらに反応するのかということ」で一致をみているといっていよう。そのようにして、病いの研究領域では、病む者個人のナラティブから病いの経験の主観的側面や内的世界に迫ってきたのである。それは、ハンセン病(蘭, 2002)、アトピー(余語, 2003)、精神障害(北村, 2004)、性同一性障害(湧井, 印刷中, 2006; 有薗, 2004)、認知症(Phinney & Chelsa, 2003)、身体化障害(Baarnhielm, 2000a, 2000b)、躁うつ病(Lundin, 1998)、再発寛解型多発性硬化症(Miller, 1998)、妊娠悪阻(Parker, 1997)など、これまで社会的な認知度の低か

った病いにまで多種多様な広がりを見せている(紙幅の都合上、これらの病いの研究については湧井(2006a, 2006b)を除き割愛した)。

4. 2つの問題点

一病いの研究とナラティブアプローチの限界

ここまでインサイダーパースペクティブの視座に立った病いの研究について概観してきた。病いの研究は、それまで主流であった疾患概念では捉えられない病いと共に在る人間像を浮き彫りにし、病いの経験や個人にとっての意味を掘り取ることを可能にした。社会学(医療社会学)と心理学では、質的な手法としてナラティブアプローチが注目されるなかで、多種多様な病いが研究対象とされ、病いの経験が拾い上げられ、声(voice)を与えられてきた。これは病いの研究における重大な成果であるといえるだろう。だが、病いの研究及びナラティブアプローチに全く問題点がないわけではない。研究の2つの段階に潜んでいると思われる以下の①、②の問題点について順に検討する。

- ① サンプルの段階：研究参加者を選択する段階で、医学的モデルに依拠して、カテゴライズすること
- ② 分析の段階：病いの経験や意味が、経験を語る個人の語りの中に閉じ込められてしまうこと

①は、サンプルの段階における問題点である。Conrad(1987)は、研究参加者を選択する際に医学モデルに依拠してしまうと、(インサイダーパースペクティブに立ったとしても)結果的に医療中心の研究になりかねないと主張する。特に医療サービスを求めている人に研究参加者が限定されることに危惧を抱いている。なぜなら、「患者」というのは重要ではあるが、それはその人自身の一部でしかなく、医療場面から離れた(家族や職場)場所での相互作用もみていく必要があるからだ。ゆえに、臨床的に由来した患者のサンプルだけに頼るのではなく、我々独自のサンプルを発達させるべきだと Conrad(1987)は述べている。

湧井(2006a)を例にして問題を掘り下げてみよう。湧井(2006a)は、トランスジェンダーと呼ばれる人(以下、TG：染色体上の性別を超え、反対の性別に同一化する

人々を表す。医学用語では性同一性障害(Gender Identity Disorder, GID)の範囲に含まれるが、詳細については本稿では取り扱わない)を対象とすることについて、「これまで、TG当事者の病いの経験については、限定された対象者に限って研究が行われてきたといわざるを得ない」と述べている。ここで「限定された対象」とは、既存の医療モデルのルールに乗ることのできた「成功者」を指す。「成功者」と呼ぶのは、TGやGIDが負わされてきた偏見と差別の歴史の中で、彼らがGIDという精神医学的診断を獲得したこと(日本精神神経学会, 1996)は、いまだ議論が多いところではあるが、多くの当事者たちに医療的における救済の道を与えたことはまぎれもない事実だからである(東, 2001)。GIDを「疾患」として位置づけることによる様々な影響や可能性を慎重に鑑みた上で、それでもなおかつ生物学的性と性の自己認知の違いに悩む人たちに医療的対応が可能になることを願って医療者側が模索を続けてきたことも確かである(山内, 1999)。それは医療者だけでなく、法学者や当事者を巻き込んだ大きな運動となり、地道ではあるがしかし確実な成果をもって、現在も継続的に活発な活動がなされている。しかし、ここでは医療という狭いレールを歩んでいる当事者という意味で括弧つきで表記せねばならない。

「成功の物語」を歩み、物語のゴールに達して目的を果たした人々は、その物語の「成功者」となる。「GID・TG当事者」と名乗りを上げて生活している人々は、その意味で「成功物語」を歩んでいる「成功者」である。「成功者」は、GID研究の恰好の研究対象となる。なぜなら、フィールドや対象者をサンプリングする際には、典型性(typicality)や極端さ(extremeness)、あるいは単純に接近可能性(accessibility)といった基準によって選ばれることがしばしばあるからであり(Kvale, 1996)、社会においてで可視的な存在である「成功者」だけが病む者の代表として語られていことことは免れ得ない。しかし、結果的には「成功者」についての病いの研究のみが再生産されていくことになるのであれば、それは一面的な研究になってしまうだろう。実際、GIDに関する研究や本では、GIDという診断をもらうまでの物語や戸籍訂正にこぎつけるといった「獲得」を目的とした「成功の物語(success story)」が溢れている。

しかし、なかには「獲得」を目的とした「成功物語」から逸脱し、GIDという疾患物語から離れ、治療から離反していく者もいる。医学カテゴリーは、医療のニーズから医療従事者のために作られたものであり、その定義は恣意的なものであり、ましてや、医療側もがGIDが疾患かどうかで議論が絶えない領域である(だからこそ、疾患ではなく生き様を強調するTGという用語がつくられた)。いったん「逸脱者」になると、彼らは社会における不可視的な存在になっていく。彼らは「見えなくなる」ことで、サンプリングの段階で研究の対象から零れ落ちていく。具体的には、『成功物語』を歩まなかった(つまり、医療による救済は望まない)TGや「性別と性自認に微妙な違和感を抱えながらも、社会的には自らをTGとは名乗らずに病いを抱えながら社会的関係の中に生きる者」のことである。自らをTGであると認知した後、医療のルールにズレを抱きながらも性別適合手術¹を行った結果、自己像やボディイメージが崩壊し、自殺を図る当事者は少なくない。無論、その全てが「成功物語」からの圧迫によるものと断言することはできないが、「成功物語」を歩まずに別の物語を生きるTGの声や生き様、病いの経験を拾い上げることは研究者の債務ではないだろうか。さらには、医療的処置による救済のみならず、オルタナティブ・オプション(代替手段)を拡大していくことが今後求められるだろう。

②は、分析の段階における問題である。これまで、病いの研究では、病む者のみの経験が着目される傾向にあった。その場合、病む者のナラティブが分析の対象となる。しかし、Kleinman(1996)は病いについて「病む人や家族を中心に知覚された心理的、社会的な経験と意味づけを含むもの」と述べており、病いという概念は、症状や障害を、それを患う本人や家族、より広い範囲の人々の視点から捉えられる際に用いられる用語とされている(Kleinman, 1996)。

また Good(1994)は、病いの経験は、唯一の確固とした「歴史的真相」ではなく、文脈や感情や聞き手との関係にしたがって、家族神話や伝統的病因論という文化的な語りを吸収同化しながら、多様に変化するストーリーであるとしている。すなわち、病いは単に個人が所有するものではなく、他者とのコンテクストの中に存在しているということを意味している。

Kleinman(1996)や Good(1994)の主張は、これまで個人の経験のみに焦点が置かれてきた病いの研究に警告を発している。それは、病いの経験が個人の語りの中に閉じ込められてしまうことに対する警報ではないだろうか。確かに、個人の語りをを用いて経験や意味づけを探ることはナラティブアプローチの強力な武器ではあるが、病いの経験や意味づけを個人の語りに帰属させることで、逆に、人は病いの経験の網目から逃れることができなくなってしまうという縛りも有している。

例えば、湧井(印刷中)は、GID 当事者の語りを分析し、個人にとっての病いの経験を内側の視点から眺め、病いの経験や心理的構造をボトムアップにまとめあげている。しかし、湧井(印刷中)は、病いの物語や病いの構造は、それを語る個人が所有しているということを前提にしている。だからこそ、研究者がそれをまるで実体かのように積み上げて、掘み取ることができるのである。Kvale(1996)は、「本当の意味(the real meaning)」の追求は、数年前に哲学において終結したにも関わらず、インタビュー研究者だけが未だに対象者の経験の本当の意味を探求し続けているとして「意味はどこにあるのか」「語りの意味を誰が所有するのか」という意味の貯蔵問題が生じている状況を指摘している。Kvale(1996)の論理でいえば、湧井(2004, 2006b)では、病いの経験は語る自己の内部に収束されていく、つまり意味の貯蔵場所は個人にあるということになる。ある個人が自らの苦悩の経験を語り始めたとき、その経験は聞き手や読者に開かれているかのようで実は逆行し、自己に回帰していくというパラドキシカルな状況である。これらの研究は、医療モデルでカテゴライズされた病いの数だけ、病む者の声を拾い上げることに貢献してきた一方で、同時に病いの研究の数だけ、病いを増やし、細分化している可能性も否めない。

5. 解決を導くアプローチの模索

ー縦断的アプローチと羅生門的アプローチ

①サンプリングの段階及び、②分析の段階における問題点について考慮されるべき点に関する私見を述べてきた。次に、①と②の問題点がいかに乗り越えられるのか理論的に試行し、①'縦断的アプローチと②'羅生門的アプローチを提唱する。実際にそれらのアプローチを組み合わせた研究として、湧井(2006b)を例に

挙げる。なお、①と①'、②と②'はそれぞれ対応しているものとする。

まず、①サンプリング段階における問題であるが、これを解決するのは困難を極めるだろう。なぜなら、4. で述べたように、研究対象者を探すためには、まず彼らが社会のなかで可視的な存在でなければならぬからである。医療を求めない者や診断を受け容れることに抵抗を感じている者(4. では「逸脱者」と呼んでいる)に巡り合う確立は低いことは想像に難くない。

そこで、キャリア(Conrad, 1987)という概念を援用し、縦断的アプローチの有用性を検討する。キャリアという概念は、社会学において当初は医療ケアを求める過程のことを指していたが、Conrad(1987)は個人の通時的な経験、行動、活動の変化に着目し、プロセスと変化を包括する「病いのキャリア」を明らかにすべきであると唱えている。病いのキャリアという概念を援用することによって、研究対象を「成功者」にも「逸脱者」にもカテゴライズすることなく、揺らぎをもった個人の生き様を垣間見ることができるだろう。その結果、病いのキャリアの全てが医療ケアにつながると見なす危険性を回避し、オルタナティブ・オプションを拡大していくことに繋がりうる。フィールド観察であれインタビューであれ、縦断的なアプローチが必要となる所以はそこにある。

次に、②分析の段階における問題点について考える。インサイダーパースペクティブの視座に立ち、ナラティブアプローチを採用することで個人に閉じ込められた病いの経験や意味づけをいかに捉え直し、紐解くことができるのかという問いかけである。

梅津(1997)は、「障害」を「相互障害状況」と言い換え、障害は物理的ないし対人的環境の文脈の中で障害になるとした。この場合、障害とは、障害を持つ人とその周りの誰かが関わりあうときに互いに経験されるとまどいやとどこおりであるという。「障害」という用語は「病い」と置き換えられるように思われるが、重要な点は「関わりあいのなかで互いに経験される」点である。病いは、病む者に閉じられた経験ではなく、他者との関わりの中で経験が生み出されるのである。

また、Kleinman(1996)は、病いには4つの意味があるというが、そのうち、第4の意味は病む者をはじめ家族や治療者が「病いを説明しようとして生ずる意味」

とされている。つまり、病む者と他者との間のとまどいやとどこおりを伴った関わりは、病む者のみならず他者からも意味を付与されるのであり、絶えず病む者と他者の新たな経験の多様性に満ちている。梅津(1997)や Kleinman(1996)の概念を援用すると、病いは病む者と他者との関わりの中で状況発生的に生み出されるものとして捉え直されていく。病いを他者との間で互いに経験されるものとして捉える意義は、次の3点にまとめられる。

1 点目は、病いの経験を個人の中にスタティックに閉じ込めずに、他者との関わりの中で発生し変容し続けるダイナミックな状況として捉えられる点である。

2 点目に、病む者をダイナミックな状況に存在しつつ、さらに状況を常に生み出す主体にもなるという動的な人間な人間を描き出せる点である。そこには、人間に特有の物語的時間(やまだ, 2000)も発生している。

3 点目に、(病む者本人を含んだ)複数の人間によって多層的な意味が付与される病いの状況下に生きる人々(例えば、家族)の生き様や関係のダイナミクスを知ることができる点である。

しかし、病いの当事者を含んだ家族やより広範囲の人々の視点から病いを捉えた研究が希少であることは、これまで詳述してきたとおりである。その理由として、Conrad(1987)は、家族や他の人々を含めることで方法的に複雑になることを挙げている。そして、このような状況を扱う場合、羅生門的アプローチを用いて個々人の物語の違いをみる方法を提唱している。羅生門的アプローチとは、文化人類学者の Lewis (1961)が、家族成員一人一人が語るライフヒストリーから家族を描き出そうと試みたことに始まり、家族メンバーのライフヒストリーを集積した複合的自叙伝(multiple autobiography)の手法である。小林(1994)は、羅生門的手法の特徴について①出来事を個人の語る経験によって描く、②ある出来事を複数の視点から眺め、複数の経験を並列させて呈示すること、③複数の「経験の物語」の重ね合わせによって出来事の多面性が見えることの3点を挙げている。

縦断的アプローチと羅生門的アプローチを組み合わせる研究を行ったものが湧井(2006)である。湧井(2006)では、TG 当事者を含んだ1家族を対象にして「関わりあいのなかで互いに経験される病い」を検討

している。当事者と家族の病いの経験を捉える上では、家族によるナラティブが有効とされている(Walton, Gerson & Rose, 2005)ため、ナラティブアプローチの手法を採用し、一家族における家族成員らに縦断的インタビューを行って(全ての家族成員に縦断的にインタビューを行ったわけではない)。このように縦断的アプローチと羅生門的アプローチを組み合わせることで、家族成員らの物語の違いが浮き彫りになるだけでなく、個々人に流れる時間軸そのものの違いが明らかになった。個々人の語りには豊かな物語的時間が流れており、一見するとバラバラにみえる語りのエピソード間、また個々人の物語間をゆるやかにつないでいる。家族成員らの共時的かつ通時的な重なりあいのなかに、病いの経験や意味づけは絶えず生成されつづけており、それらは経験が語り直される中で、幾重もの意味づけが付与されているのである。

病いのキャリアに関しては、TG 当事者に対する縦断的インタビューは、従来の医療モデルに依拠した研究では掬い取ることのできない結果を得ることができた。すなわち、「成功者」から「逸脱者」となっていく変化のプロセスが描写され、研究上及び臨床上においても非常に豊かな示唆を与えられた。また、個々人の語りの変化は、家族の関係性とも同期しており、病む者を抱える家族の全体的な様相を捉えることにも役立つといえよう。

6. まとめ

本稿では、近年増大しつつある病いの研究を概観した上で、インサイダーアプローチの1つである質的アプローチのうち、社会学と心理学において主要なアプローチであるナラティブアプローチを用いた病いの研究に焦点化して論を展開してきた。サンプリングの段階及び分析の段階における2つの問題点を指摘し、それらを解決するためのアプローチを提唱した。縦断的アプローチと羅生門的アプローチを組み合わせた湧井(2006)は、従来の病いの研究で零れ落ちてきた部分を掬い取るだけでなく、そもそも人が病むということはいかなることなのかという点について再び問題を投げかけたともいえるだろう。

大宮司(2000)は、「精神病理学と事例性に関する一考察」のなかで、加藤(1976)による「事例性(caseness)」

と「疾病性(illness)」の区分を継承している。事例性とは、家族などの共同体内での種々の問題の発生状況のことであり、疾病性とは患者自身のなかにおける病的な事態のことである。そして、精神病理学に根をもつ人間知・人間学を構築しようとするれば、「疾病をなくす」という視点よりは「状況の中の問題性がみられなくなる」ことが課題となると述べている。事例性は時と場合によって変化し、疾病性の度合いとも当然関連している。しかし、病む者と他者との関わりによる状況である事例性という概念を精神医学に持ち込んだことで、従来の精神医学が持っている限界や守備範囲を明確に意識させることとなった。おそらく、同様のことが病いの研究でもいえるだろう。つまり、筆者においても大宮司(2000)においても、さらには加藤(1976)においても、進もうとしている方向性は同じであろう。大宮司の言葉で本稿を締めくくりたい。

「これは実践的には現実の臨床の場において、異常を正常化すること、あるいは病気を健康に戻すことのみでなく、事例性を消失させ、具体的な場で周囲と共生する方向と方法を探ることに他ならない」

(大宮司, 2000, p14)

文献

- 有菌真代. (2004). 物語を生きるということー「性同一性障害」者の生活史から. ソシオロジ, (49)1, 55-71.
- Bury, M. (1991). The sociology of chronic illness: a review of research and prospects. *Sociology of Health and Illness*. 13. 451-468.
- Clark, J. A., & Mishler, E. G. (1992). Attending to patients stories: reframing the clinical task. *Sociology of Health and Illness*. 14. 344-372.
- Conrad, P. (1987). The Experience of Illness: Recent and New Directions. *Research in the Sociology of Health Care*, 1-31.
- Conrad, P. (1988). Health and fitness at work: A participants' perspective. *Social Science & Medicine*. 26(5), 545-550.
- Corbin, J. M. & Strauss, A. (1985). Managing choronic illness at home: Three lines of work. *Qualitative Sociology*, 8(3). 224-247.
- Corbin, J. M. & Strauss, A. (1988). The articulation of work interaction. *Sociological Quarterly*, 34(1), 71-83.
- 大宮司 信. (2000). 精神病理学と事例性に関する一考察. 北海道大学医療技術短期大学紀要. 13, 9-17.
- DasGupta & Charon. (2004). Personal Illness Narratives: Using Reflective to Teach Empathy. *Academic Medicine*, 79(4). 351-356.
- Flick, U. (1995). QUALITATIVE FORSCHUNG. 小田博史・山本則子・春日 常・宮地尚子訳 『質的研究入門：＜人間の科学＞のための方法論』. 春秋社. 2002.
- Gergen, K. J. (1985). The Social Constructionist Movement in Modern Psychology. *American Psychologist*, 40, 266-275.
- Gergen, K. J. (1994). Realities and Relationships: Sonunding in social construction. Harvard University Press.
- Glaser, B.G & Strauss, A.L. (1996). The Discovery of Grounded Theory : Strategies for Qualitative Research. 後藤 隆・大出春江・水野節夫訳 『データ対話型理論の発見』. 新曜社. 1967.
- Fagerhaugh, S & Strauss, A. (1977). Politics of pain management: Staff-patient interaction. Oxford, England: Addison-Wesley.
- Frank, A.W. (1995). The Wounded Storyteller: Body, Illness, and Ethics. 鈴木智之訳 『傷ついた物語の語り手ー身体・病い・倫理』. ゆみる出版. 1995.
- Good, B. (1994). Medicine, rationality and experience. Cambridge: Cambridge University Press.
- 東 優子. (2001). 性同一性障害者の抱える心理・社会的問題. 山内俊雄(編). 性同一性障害の基礎と臨床. 新興医学出版社.
- 加藤正明. (1976). 疫学的精神医学ー事例になるということ. 加藤正明(編). 社会と病理. 弘文堂.
- Kleinman, A. (1988). The Illness Narratives: Suffering, healing and the human condition. Basic books. 江口重幸・五木田 紳・上野豪志訳. 『病いの語り：慢性の病いをめぐる臨床人類学』. 誠信書房. 1996.
- Kleinman, A., & Seeman, D. (2000). Personal experience of illness. In Albrecht, G L. et al. (eds.). Handbook of social studies in health and medicine. Sage, London.

230-242.

- 小林多寿子.(1994).「経験の物語」と「複合的自叙伝」
ーライフヒストリーの重ね合わせをめぐってー.
井上忠司・祖田修・福井勝義(編). 文化の地平線.
世界思想社.
- 黒江ゆり子・藤澤まこと・普照早苗.(2004). 病いの慢性性(Chronicity)における「軌跡」についてー人は軌跡をどのように予想し、編みなおすのか. 岐阜県立看護大学紀要, 4(1), 154-160.
- 楠永敏恵・山崎喜比古.(2002). 慢性の病いが個人誌に与える影響ー病いの経験に関する文献的検討からー. 保健社会学論集, 13(1), 1-11.
- Kvale, S. (1996). *InterViews: An introduction to qualitative research interviewing*. Sage Publication.
- Lewis, O. (1961). *The children of Sanchez: autobiography of a Mexican family*. 柴田稔彦・行方昭夫訳. 『サンチェスの子供たち』. みすず書房, 1986.
- Macleau, U. (1975). Patient delay: some observation on medical claims to certainty. *Lancet*, July 5, 23-25.
- McEloy, A., & Jezewski, M. A. (2000). Cultural variation in the experience of health and illness. In Albrecht, G. L. et al. (eds.). *Handbook of social studies in health and medicine*. Sage, London, 191-209.
- Mead, N., & Bower, P. (2000). Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science and Medicine*, 51, 1087-1110.
- Mechanic, D. (1962). The concept of illness behavior. *Journal of Chronic Diseases*, 15, 189-194.
- 日本精神神経学会: 性同一性障害に関する特別委員会.(1997). (委員長 山内俊雄): 性同一性障害に関する答申と提言, *精神神経学雑誌* 99(7), 533-540.
- 野口祐二.(2002). 物語としてのケア. 医学書院.
- 能智正博.(2002). 最近の教育心理学的研究に見る「障害」と「障害児・者」の意味論(わが国の最近1年間における教育心理学の研究動向と展望). *教育心理学年報*, 42, 130-138.
- Parsons, T. (1975). The sick role and the role of the physician reconsidered. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 53(3), 257-278.
- Strauss, A, Fagerhaugh, S, Suczek, B & Wiener, C. (1982). *Sentimental work in the technologized hospital*. *Sociology of Health & Illness*, 43(3), 254-278.
- Strauss, A. (1988). The articulation of project work: An organizational process. *Sociological Quarterly*, 29(2), 163-178.
- 鈴木智之. (2005). 生活史的時間の中の病い;慢性疾患の社会学からみたキャリアオーバーの経験(小児難治性疾患のキャリアオーバーと成育医療-日常生活がより豊かになるために-総論). *小児看護*, 8, 1091-1097.
- 梅津八三. (1997). 重複障害児との相互輔生: 行動体制と信号系活動. 東京大学出版会.
- 湧井幸子. (2004). 「望む性」を生きる自己の語られ方ーある性同一性障害者の場合. 立命館大学修士論文. 未公開.
- 湧井幸子. (2006a). トランスジェンダーを生きる当事者と家族. 京都大学修士論文. 未公開.
- 湧井幸子. (2006b). 「望む性」を生きる自己の語られ方ーある性同一性障害者の場合ー. 質的心理学研究, 5.
- Walton, M. B., Gerson, L. & Rose, L. (2005). Effects of Mental Illness on Family Quality of Life. *Issues in Mental Health Nursing*, 26(6), 627-642.
- やまだようこ. (2000). 人生を物語ることの意味ーなぜライフストーリー研究か?ー. *教育心理学年報*, 39, 146-161.
- やまだようこ・森岡正芳・新田泰生. (2004). [日本人間性心理学会]第23回大会 方法論セミナー 質的研究におけるライフストーリーの位置づけ. *人間性心理学研究*, 22(2), 145-170.

注

- 1 一般には「性転換手術」として知られているが、当事者にとっては性別を転換(変更)する手術ではなく、誤った身体を修正し本来の性別を獲得するために必要な手術と考えられるため、「性別適合手術」という表現が用いられる。手術では、外性器、内性器の変更だけでなく、乳房の切除(あるいは乳房形成術)や喉仏などの性別特徴の存在する部分の変更なども含まれる。

(修士課程)